

הכנס השנתי של האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם
30 באפריל – 2 במאי, 2015, מלון דן קיסריה



טופס רישום

טופס רישום			
טופס זה מיועד למילוי ולתשלום ישירות ע"י המשתתף. לאחר מילוי טופס זה, יש להחזירו למזכירות הכנס לידי: חברת כנס ישראל בע"מ, לידי: רחלי במייל: nephro@kenes-events.com או בפקס: 072-2447268			
פרטים אישיים – נא למלא את כל הפרטים			
תואר בעברית: ד"ר / פרופ'	אחר:		
תואר באנגלית: MD / PhD	אחר:		
שם פרטי עברית:	שם משפחה עברית:		
שם פרטי אנגלית:	שם משפחה אנגלית:		
טלפון נייד:	טלפון נוסף:		
Email:			
כתובת למשלוח דואר:			
רחוב	מס' / ת.ד.	עיר	מיקוד
פרטי מקום עבודה			
שם המוסד:	מחלקה:		
<input type="checkbox"/> שלמתי דמי חבר לאיגוד לשנת 2015 (לא תאושר השתתפות ללא תשלום דמי חבר לשנת 2015)			
הרכב חדר ועלויות			
האירוח במלון הינו על בסיס פנסיון מלא. נא להזמין עבורי:			
<input type="checkbox"/> חדר ליחיד – 850 ₪	<input type="checkbox"/> חדר נפרד ל- 2 ילדים – 2,200 ₪		
<input type="checkbox"/> חדר ליחיד מתמחה בנפרולוגיה – 100 ₪ (יש לצרף האישור שבתחתית העמוד הבא)	<input type="checkbox"/> חדר נפרד ל- 3 ילדים – 2,950 ₪		
<input type="checkbox"/> תוספת בן/ת זוג – 950 ₪	<input type="checkbox"/> תינוק – ללא עלות		
<input type="checkbox"/> תוספת ילד (2-12) בחדר הורים – 750 ₪	<input type="checkbox"/> השתתפות ללא לינה (חבר איגוד) – 650 ₪		
<input type="checkbox"/> תוספת 2 ילדים (2-12) בחדר הורים – 1500 ₪	<input type="checkbox"/> השתתפות ללא לינה (לא חבר איגוד) – 900 ₪ *		
<input type="checkbox"/> מבוגר שלישי בחדר – 870 ₪			
<input type="checkbox"/> מעוניין להשתתף בארוחת צהרים ביום שבת			
<input type="checkbox"/> סה"כ לתשלום: _____			
הערות למלון: <input type="checkbox"/> שומר שבת (קומה נמוכה), אחר: _____			
אמצעי התשלום - תשלום יבוצע עד לתאריך 16.4.15.			
<input type="checkbox"/> שיק לפקודת "כנס ישראל- אירועים כנסים ונופש בע"מ". יש לשלוח בצירוף טופס התחייבות זה. לכתובת: כנס ישראל, קריית שדה התעופה, ת.ד. 144, נתב"ג 70100 לידי רחלי מרכז רישום.			
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי. אנה מלא/י פרטים בחלק הבא.			
פרטי כרטיס אשראי			
סוג הכרטיס:	<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/> Diners	<input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa
מס' כרטיס:	תוקף:		
שם בעל הכרטיס:	ת.ז. בעל הכרטיס:		
מס' בטחון (3 ספרות בגב הכרטיס):	מס' טלפון בעל הכרטיס:		
מס' תשלומים (נא הקיפו בעיגול): 2 / 1			

חתימה	שם החותם	תאריך
x		

סיכום

אישור השתתפות ישלח כשבועיים לפני הכנס לכתובת שציינת.

לברורים ניתן לפנות לטלפון: 03-9727465 רחלי
או לכתובת Email: nephro@kenes-events.com

הערות:

ההזמנה אישית ואינה ניתנת להעברה.

ההזמנה מיועדת לחברי האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם בלבד.

המחירים הינם לשני לילות וכוללים מע"מ.

האירוח הינו על בסיס פנסיון מלא.

קבלת חדרים החל משעה 15:00.

מספר המקומות מוגבל, אנא הרשם בהקדם.

*השתתפות כולל לינה ללא חברות באיגוד על בסיס מקום פנוי בלבד ובתעריף שונה – נא לפנות מראש לכתובת הנ"ל.



לכבוד

הועדה המארגנת

הכנס המדעי השנתי של

האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויל"ד

הנדון: דר' _____ ת.ז. _____

הריני לאשר בזאת כי הנ"ל מתמחה בנפרולוגיה במחלקתי,

בעלת פנקס התמחות בנפרולוגיה מס' _____.

שם _____ חתימה _____ תאריך _____

מנהל/ת המחלקה/מכון

את האישור החתום יש להעביר לפקס מס' : 072-2447267

או לסרוק ולשלוח במייל לכתובת : nephro@kenes-events.com